



# ACTIVITÉS ESTIVALES 2021

La commune d'Iteuil organise des demi-journées  
d'activités sportives à destination des enfants :

**du lundi 12 au vendredi 30 juillet 2021**

**et**

**du lundi 9 au vendredi 27 août 2021**

## Activités proposées :



Piscine  
perfectionnement et  
remise à niveau,  
Basket-Ball,  
Football ,  
Ultimate, ...



## Horaires :

9h00—12h00 de 7 à 12 ans (*Accueil à partir de 8h30*)

14h00—17h00 de 13 à 17 ans (*Accueil à partir de 13h30*)

## Inscriptions :

Fiches à télécharger sur le site Internet de la commune,  
[www.iteuil.fr](http://www.iteuil.fr) et à renvoyer à l'adresse mail suivante :  
[accueilpiscine.iteuil@gmail.com](mailto:accueilpiscine.iteuil@gmail.com)

Renseignements au 05 49 55 10 01

*Activités pratiquées en extérieur ou dans le gymnase en fonction des conditions météorologiques avec le respect des gestes barrière et encadrées par Guillaume DUFROUX, Maître-Nageur et Educateur Sportif des Activités Physiques pour Tous.*

Tarif :  
1€ la demi-journée



## Fiche d'inscription

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone du père : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Numéro de téléphone de la mère : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Souhaite inscrire mon enfant la semaine du ..... / ..... / au ..... / ..... /2020

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
9h00 - 12h00					
14h00 - 17h00					

Fait à ....., le ..... / ..... / 2021

Signature



## Programme des activités

8h30 : accueil des participants **âgés de 7 à 12 ans**

9h00 : début des activités sportives

10h30 : fin des activités sportives et préparation pour la piscine

11h00 : jeux sportifs dans le bassin d'initiation

11h45 : sortie de l'eau et rangement

12h00 : fin de la matinée

13h30 : accueil des participants **âgés de 13 à 17 ans**

14h00 : début des activités sportives

15h30 : fin des activités sportives et préparation pour la piscine

16h00 : jeux sportifs dans le bassin d'initiation

16h45 : sortie de l'eau et rangement

17h00 : fin de l'après-midi

*L'accueil des enfants se fera dans la salle du complexe située à l'arrière du bâtiment, à droite de la salle de danse.*

### Liste des affaires à prévoir :

- Tenue de sport adaptée à la météo du jour et baskets d'intérieur
- Maillot de bain (le short est **INTERDIT**)
- Serviette de piscine
- Bonnet de bain
- Gel douche
- Claquettes (pour aller des douches à la piscine intérieure)
- Bouteille d'eau ou gourde
- Goûter
- Casquette
- Crème solaire



## Charte de bonne conduite

Je soussigné(e), (nom et prénom de l'enfant) \_\_\_\_\_,  
m'engage à respecter le protocole sanitaire en vigueur, lors de ma présence aux  
activités estivales, la semaine du ..... / ..... / au ..... / ..... /2021.

Je m'engage également à respecter les règles mises en place par les  
organisateur(s) :

- Respect des encadrants
- Respect envers mes camarades
- Respect des différents intervenants
- Respect des lieux mis à ma disposition
- Respect des horaires

Fait à ....., le ..... / ..... / 2021

Signature de l'enfant

Signature du représentant légal



## Décharge de responsabilité

Je soussigné(e), (nom et prénom) \_\_\_\_\_,  
représentant légal de (nom et prénom de l'enfant)  
\_\_\_\_\_, décharge de toute responsabilité la  
commune d'Iteuil en cas d'incident lors de la période du ..... / ..... / au ..... / .....  
/2021, à l'égard de mon enfant et l'autorise à participer aux activités sportives  
mises en place par la commune.

Fait à ....., le ..... / ..... / 2021

Signature du représentant légal



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1\_ENFANT

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : ..... / ..... / .....

GARÇON  FILLE

### 2\_VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.  
**Attention** : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### 3\_RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? OUI  NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**Allergies** : ASTHME OUI  NON  ALIMENTAIRES OUI  NON   
MÉDICAMENTEUSES OUI  NON  AUTRES \_\_\_\_\_

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....  
.....  
.....  
.....

---



**Indiquez ci-après :**

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....  
.....  
.....  
.....

**Recommandations utiles des parents :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

Précisez

.....  
.....  
.....  
.....

**Observations diverses :**

.....  
.....

**4 RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉLÉPHONE. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

\_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du stage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature